

O(A) paciente \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

ou seu responsável \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao(à) médico(a) assistente,

Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o n.º \_\_\_\_\_ credenciado pelo Hospital Dona Helena, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **RESSONANCIA MAGNETICA COM OU SEM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE**. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9, VI Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o procedimento acima apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** O exame de Ressonância Magnética é um método de imagem que utiliza um forte campo magnético, ondas de rádio e computadores para obter imagens da área de seu corpo a ser estudada. Como parte de seu exame, pode ser necessária a injeção de contraste paramagnético na veia. É um líquido transparente, sem cor, que será eliminado de seu corpo pela urina. O contraste serve para realçar tecidos de interesse e fornece importantes informações diagnósticas. Os contrastes utilizados em nossa instituição são aprovados pelos órgãos governamentais responsáveis e são considerados seguros, sendo utilizados amplamente em todo o mundo. Após a injeção do contraste, há possibilidade de sentir discreta dor, queimação, inchaço e sangramento / hematoma no local da injeção. Reações alérgicas aos agentes de contraste, embora raras, incluem urticária/coceira, dificuldade para respirar e/ou engolir. Muito raramente, pode haver casos de falência ou dano renal, ou mesmo reações fatais. Estudos comprovam que reações graves podem ocorrer em menor que 1 para 300.000. O hospital dispõe de condições para que eventuais reações possam ser prontamente tratadas.

É importante que o questionário abaixo seja respondido com o máximo de precisão, pois é necessário para a sua segurança. Caso o paciente seja menor, solicitamos ao responsável que preencha.

Peso: \_\_\_\_\_ kg

Perguntas	Sim	Não
Autoriza o uso de contraste?		
Já fez algum exame de ressonância com contraste intravenoso? Qual?		
O Sr(a) já teve alguma reação ao contraste? Que sintomas apresentou?		
Tem antecedentes de alergia? Quais? Que sintomas apresentou?		
Fez ou faz tratamento de alguma doença? Qual?		
Você está tomando alguma medicação atualmente? Se sim, quais?		
Tratamento medicamentoso para Hipertensão arterial? Qual?		
Tratamento medicamentoso para Diabetes? Qual? (glicoformin ou glifage – metformina)		
História de doença renal? Qual?		
Tem algum problema respiratório? Como asma, bronquite e rinite?		
Toma Anticoagulantes? (Marevan ou Marcoumar)		
Já teve desmaios ou epilepsia?		
Realizou cirurgias anteriores?		
Possui <i>Stent</i> cardíaco?		
Faz uso de marca-passo?		
Faz uso de próteses em geral?		
Possui implante coclear ou aparelho auditivo?		
Já sofreu algum acidente com arma de fogo?		
Possui clips de aneurisma?		
Possui alguma tatuagem artística ou estética? Quanto tempo?		

Fez uso de tintura de cabelo?		
Tem suspeita de gravidez ou está grávida?		
Qual a indicação do exame?		

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM OU SEM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE** tenha o resultado pretendido.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do (a) meu médico (a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório, inclusive a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) médico(a) ou profissional indicado pelo hospital, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

**Deve ser preenchido pelo profissional responsável pela entrevista**

Nome do profissional _____ Assinatura _____
Conselho _____ Joinville (SC), _____ de _____ de _____ Hora: _____ : _____

**Deve ser preenchido pelo médico responsável pelo exame**

Foi explicado todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____
---

**CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS**

Assinatura do (a) paciente _____	Assinatura do (a) resp. pelo (a) paciente _____
RG N° _____	RG N° _____
NOME _____	NOME _____
Joinville (SC), _____ de _____ de _____ Hora: _____ : _____	

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.**